|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Untersuchungsantrag für den Stammvergleich (Genotypisierung) bakterieller Erreger (außer TBC)im Rahmen von nosokomialen Häufungen auf Veranlassung des GesundheitsamtesDie Untersuchung ist nach § 16 Abs. 3 IfSG kostenfrei | | | | | | | | | |
| Einsender(bitte klinisch-mikrobiologisches Labor, betreffende Einrichtung und zuständiges Gesundheitsamt angeben) | | | | Bayerisches Landesamtfür Gesundheit und Lebensmittelsicherheit | | | | |  |
| Anschrift  zuständiges Gesundheitsamt (Antragsteller) |  | | |  | LGL ErlangenHygiene-Labor D-Bau Dr. Dr. med. Nina Hos Eggenreuther Weg 43 91058 Erlangen Tel.: (09131) 6808 - 2233 E-Mail: [Hygiene@lgl.bayern.de](mailto:Hygiene@lgl.bayern.de) | |  | LGL OberschleißheimHygiene-Labor B-Bau Dr. Christian Tuschak Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim Tel.: (09131) 6808 - 5221 E-Mail: [Hygiene@lgl.bayern.de](mailto:Hygiene@lgl.bayern.de) | |
| Ansprechpartner/in:  Telefonnummer: E-Mail: | | |  |  |
| Anschrift betreffende Einrichtung(Krankenhaus etc.) |  | | | Ansprechpartner/in:  Telefonnummer:  E-Mail: | | | | | |
| Anschrift Labor(falls extern) |  | | | Ansprechpartner/in:  Telefonnummer:  E-Mail: | | | | | |
| **Spezies der Isolate:** | | | | Falls Vergleich mit Voreinsendungen aus gleichem Zusammenhang erwünscht, geben Sie bitte hier unsere Labor-Nummer des Vorbefundes an: | | | | | |
| **Labor-Nummer**  (des einsendenden Labors) | **Falls Patientenisolat🡪Patientencode:**  Geburtsdatum und Anfangsbuchstabe des  \* Zunamen, \*\* Vornamen und  \*\*\* Geschlecht: 1=männlich 2= weiblich  **T T M M J J J J / \* \*\* \*\*\*** | **Aufnahme- Datum** (des Patienten in die Klinik) | **Abnahme-**  **Datum** (Ursprungs-material) | **Ursprungsmaterial**  (z. B. Blutkultur, Urin, Rektalabstrich etc.)  bzw. **bei Umgebungsuntersuchung** 🡪 **Entnahmestelle** | | **Station**  (zur Zeit der Probenahme) | **LGL-Labornummer**  **(nur vom LGL auszufüllen)** | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
|  | **/** |  |  |  | |  | Wird vom LGL ausgefüllt! | | |
| **Bemerkung** |  | | | | | | | | |
| **Datum** |  | **Unterschrift Einsender**  (betreffende Einrichtung/Labor) | | | |  | | | |